

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles VILLETTE

Né le 23 février 1910 à Bayeux (Calvados)

**LES ABCÈS PNEUMOCOCCIQUES
DE LA LOGE DE RETZIUS**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152018_0086

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles VILLETTE

Né le 23 février 1910 à Bayeux (Calvados)

**LES ABCÈS PNEUMOCOCCIQUES
DE LA LOGE DE RETZIUS**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	ROUVIERE.
Physiologie.....	PROUST.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAIPRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUENU..... Pathologie chirurgicale
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)... Pathologie médicale.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de profonde
affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. TANON
PROFESSEUR D'HYGIÈNE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR L. BOIDIN

MÉDECIN DE L'HOPITAL BICHAT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*A qui je dois le sujet de
cette thèse.*

*Hommage de vive admiration
et de sincère reconnaissance.*

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

LE DOCTEUR CARAVEN
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

LE DOCTEUR MERLE
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

A MON MAITRE

LE DOCTEUR J. HUBER

MÉDECIN DE L'HOPITAL A. PARÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEIS ET AMICIS

Introduction

Nous avons pour but, dans cette thèse, d'apporter deux faits nouveaux et d'un caractère particulier à l'appui des cas déjà signalés et tellement discutés d'inflammations de la loge prévésicale de Retzius apportées par voie sanguine. Il s'agit de deux observations de métastase prévésicale d'une infection à pneumocoques ; la première consistant en une angine, la seconde en une pneumonie.

Ces cas ont un triple intérêt :

1° D'abord ils viennent apporter un appui à la pathogénie métastatique. En effet, ces observations, avec la période à laquelle survient la complication, avec l'évolution et surtout avec les examens bactériologiques, sont des arguments incontestables.

2° Ils ajoutent au tableau de la flore microbienne déjà si nombreuse des inflammations prévésicales un élément de plus, inconnu auparavant : le pneumocoque.

3° Enfin, et c'est là que réside pratiquement tout l'intérêt de la question, ils peuvent rappeler par leur

symptomatologie et leur évolution certaines infections pneumococciques voisines, je veux dire la péritonite, et donner lieu ainsi à de graves difficultés de diagnostic.

Dans cette thèse, nous ferons donc d'abord quelques considérations historiques sur l'évolution des idées pathogéniques sur les abcès prévésicaux, puis une étude clinique et enfin un essai de diagnostic différentiel.

Historique

Les abcès de la cavité de Retzius ont été très anciennement observés. D'après Constantin Paul, c'est à J.J. Bouley que revient l'honneur d'avoir le premier diagnostiqué un abcès prévésical.

Déjà en 1769, Trécourt en donnait une observation dans les *Mémoires et observations de chirurgie*. Puis c'est Boyer, en 1824, qui en signale quelques cas dans son *traité Des maladies chirurgicales*.

Mais l'espace prévésical n'était alors pas bien connu. En 1848, Desgranges dans la *Gazette des Hôpitaux* et Sainz Blaquez dans la *Gazette Médicale* nous en donnent de meilleures descriptions et fixent mieux les limites anatomiques du siège de ces suppurations. En 1850, Bernutz fait une étude de ces collections purulentes.

Mais la première date importante dans l'histoire des abcès prévésicaux est 1856, car c'est cette année-là que « Retzius anatomiste suédois présenta à l'Académie de Stockolm une description spéciale de cette région, que le Docteur Hyrtl communiqua en 1858 à l'Académie des Sciences de Vienne, d'après une lettre de l'auteur ».

Ensuite, c'est Wenzel Grüber qui, en 1862 publie une étude clinique dans les *Archives de Virchow*, Worms qui traite le même sujet en 1867 dans la *Gazette des Hôpitaux*, puis les mémoires et les thèses de Labuze en 1871, de Vaussy en 1875, de Lepelletier (*Journal de médecine* 1875), d'Arnould (*Bulletin médical du nord* 1877), de Castaneda Y. Campos en 1878, de Gérardin l'année suivante, de Macarez en 1880.

En 1880, G. Bouilly, chirurgien des hôpitaux présente sa thèse d'agrégation sur *Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale*, et, arrive à en réunir 43 observations. Il en fait une très belle étude et présente même une classification pathogénique. Il distingue en effet :

- des phlegmons idiopathiques,
- des phlegmons d'origine traumatique,
- des phlegmons enfin dus à la propagation d'une infection soit voisine, soit lointaine.

Cette thèse, en dehors de son propre mérite, eut l'avantage d'attirer l'attention sur ce sujet et par la suite un assez grand nombre d'observations furent publiées et des études en furent faites. Citons celles de Laussat, Guyon, Tillaux, Tuffier, Charpy et Belbet en France, de Leusser, Pinner et Englisch à l'étranger.

Après les études cliniques et anatomiques vinrent de véritables études pathogéniques et en même temps des discussions :

Imbert Léon, dans sa communication au Congrès d'urologie en 1902 et Géraudie dans sa thèse en 1903 démontrèrent avec évidence la possibilité d'infection de l'espace prévésical par voie lymphatique. Reygasse de même en 1905. Tant ils firent que bientôt ils attribuèrent à cette voie le rôle primordial et arrivèrent à considérer les phlegmons prévésicaux comme des adénophlegmons ; ils le soutinrent même dans les cas de suppurations à la suite de fièvre typhoïde. Quant aux abcès idiopathiques, ils les admettaient avec de très grandes réserves et les abcès métastatiques, ils les niaient. Voici d'ailleurs ce que pensait de la question Gaston Cotte, interne des hôpitaux de Lyon en 1905, extrait d'un article de la *Gazette des Hôpitaux*.

« Les abcès métastatiques ne semblent pas non plus devoir être conservés. Il est rare en effet de voir se développer des métastases infectieuses dans les feuillets pré ou périvésicaux et l'affinité de ces abcès pour le tissu cellulo-graisseux paraît bien concerner seulement les lames celluluses sous-cutanées et péri-articulaires. D'ailleurs, comme le fait remarquer Honsell, tous les faits que l'on a donné jusqu'à présent comme type d'abcès métastatiques (Bouilly-Labuze) se rapportent à des malades en convalescence de dothientérie. Il est donc fort probable que dans un certain nombre de cas, il s'agissait de myosite ayant donné lieu à une suppuration dans la gaine des droits ou dans

l'espace rétro-musculaire et ayant envahi secondairement la cavité de Retzius. Dans d'autres cas, on était peut-être en présence d'adéno-phlegmons d'origine intestinale ou vésicale ».

Les abcès prévésicaux idiopathiques furent toujours défendus — peut-être à tort — par Englisch, qui de 1889 à 1908 en publia de nombreux cas.

Les abcès métastatiques par contre ne trouvèrent leur place réelle que vers 1913 ; Marty dans sa thèse, en 1910, n'en signale pas un cas. C'est le Congrès d'urologie de 1913 qui les remit à l'honneur en rappelant les observations probantes de la thèse d'agrégation de Bouilly et en apportant cinq nouveaux cas. On sent d'ailleurs, en lisant le rapport d'Aversenq, que ces abcès métastatiques sont encore à cette époque difficilement admis. Voici un extrait de ce rapport :

« La voie sanguine est en revanche très controversée ; cependant des faits existent qui semblent l'affirmer. Il est remarquable de constater comme dans une région aux anastomoses vasculaires si nombreuses, les inflammations phlébitiques sont rares.

A côté, nous voyons cependant les phlébites utérines être fréquentes et depuis fort longtemps constatées.

Ce qui serait peut-être plus probant, ce sont les abcès consécutifs à l'infection typhique. Ils ne laissent pas d'être discutés. Sans insister sur l'opinion de Dieu-

lafoy qui admettait une perforation appendiculaire typhique ou para-typhique, perforation qui ne paraît pas s'appliquer à la majorité des cas connus, rappelons que Labuze en faisait des abcès des muscles droits par rupture musculaire. C'est également l'opinion de Honsell. Il est certain que les abcès post-typhiques se localisent en effet volontiers dans la région de ces muscles atteints de myosite. Imbert y voit le résultat d'une propagation lymphatique. Englisch, au contraire, les considère comme les seuls abcès métastatiques de la région.

Quoiqu'il en soit, ce sont des faits rares et la littérature n'en compte que quatre cas. Ce sont ceux de Wenzel Grüber (cinquième semaine), Lauzer (troisième semaine), Constantin Paul (décroissance) Heurtaux. Mais nous joignons à ces cas une statistique de cinq observations inédites : celles de Barthélemy Guisy deux cas, de Nicolich deux cas, de Watson.

Enfin, nous apportons une observation qui peut peser dans la balance d'extracystite ourlienne (B. Guisy) ».

Paul Delbet dans l'*Encyclopédie française d'urologie* admet que toute maladie générale peut retentir sur la zone prévésicale et en provoquer l'infection : rougeole, scarlatine, variole, septico-pyohémie, infection puerpérale, oreillons. Pour la fièvre typhoïde, il reste sceptique et dit qu'on ne peut préciser si l'infection se fait par voie sanguine lymphatique ou par propagation directe.

Sur le chapitre de la bactériologie, les observations relatées sont en général assez pauvres. L'*Encyclopédie d'urologie* n'en parle pas. Seul, Aversenq dans son rapport au Congrès d'urologie en 1913 en dit ces quelques mots qui montrent bien que, encore à cette époque les abcès métastatiques sont peu connus quoique ce soit dans ces cas que l'examen bactériologique prenne le plus d'intérêt :

« C'est la flore abondante des cystites. Placée en effet au carrefour des organes urinaires si souvent infectés et au voisinage de viscères normalement ou accidentellement septiques, la vessie est exposée par ces deux voies aux infections les plus diverses. Sont en cause essentiellement : le gonocoque qui, suivant l'expression connue, fait le nid aux autres microbes ; il persiste rarement dans les suppurations péri-cystiques ; le bacille de Koch qui donne lieu à une réaction spéciale, mais qui peut s'entourer aussi de lésions inflammatoires banales ; le streptocoque et le staphylocoque ; des microcoques volumineux ; le *bacillus liquefiens septicus* et surtout le colibacille dont l'identité avec la « bactérie pyogène » a été démontrée ; Albarran et Halle ont établi son rôle dans l'infection urinaire ; enfin le groupe important des anaérobies ».

Nous rappellerons donc qu'il a été publié des observations d'abcès métastatiques de la loge de Retzius :

— neuf abcès typhiques : ceux de Wenzel Grüber,

de Lauzer, de Constantin Paul, de Heurtaux, les deux cas de Barthélemy Guisy, les deux cas de Nicolich et le cas de Watson ;

— un abcès ourlien, qui, s'il a été discuté et s'il peut l'être encore étant donné l'ignorance où nous sommes de l'agent pathogène de cette infection, peut cependant être conservé puisque dans ce cas il s'agissait d'une parotidite ourlienne suppurée.

— Plusieurs abcès consécutifs à la septicémie puerpérale : les cas signalés par Desgrange, par Lepelletier et par Sainz Blaquez.

Nous ne ferons aucune considération anatomique ni embryologique sur la loge prévésicale. De grands maîtres en ont fait de magistrales études que nous ne pourrions que répéter. Nous ne citerons, parmi tant d'autres que les travaux de Paul Delbet et la thèse d'Ombredanne.

Etude clinique

Deux observations sont évidemment peu pour pouvoir en extraire un tableau clinique complet et précis, pour établir une symptomatologie détaillée. Il est toutefois possible de dégager de ces observations certains éléments qui sont frappants et si on admet, ce qui est évident, que M. H. Kummer n'a vu sa malade qu'après un certain temps d'évolution et déjà presque à la période d'état, il sera facile de superposer les deux cas et de broser ainsi une petite étude de la question.

Etiologie.

Il est frappant de constater que dans les deux cas il s'agit de jeunes filles, l'une de 19 ans, l'autre de 18. Est-ce une simple coïncidence ? C'est une chose difficile à admettre en médecine. Il y aurait donc là un facteur étiologique : femme jeune.

Ces abcès sont secondaires à des infections différentes. L'une, pneumonie lobaire aiguë est le type d'in-

fection pneumococcique. L'autre, est une angine banale dont l'examen bactériologique n'a rien montré de spécial. Mais, comme on connaît la présence presque constante du pneumocoque dans la bouche, il est facile d'admettre que celui-ci, s'il n'a pas provoqué l'angine, a pris à la faveur de celle-ci une virulence plus grande. Le Professeur Lemierre a d'ailleurs récemment insisté sur les infections pneumococciques à point de départ rhino-pharyngé. Donc, abcès secondaire à une infection à pneumocoque.

Symptomes.

Il est aisé de distinguer dans l'évolution des abcès à pneumocoque de l'espace pré-vésical deux phases :
une phase de début caractérisée par des signes généraux,

une phase d'état où les signes généraux s'amendent et où les signes locaux apparaissent.

Phase de début

L'abcès débute un temps variable après l'infection première. Il est très insidieux et ne se manifeste à peu près que par des signes généraux et fonctionnels.

Les signes généraux assez variés sont bien accusés : La température est élevée, entre 38° et 39°. Le pouls

est accéléré, en rapport avec la température. Le sujet est amaigri. Son teint est pâle, presque plombé, avec yeux cernés et traits tirés, en un mot il présente un faciès péritonéal.

Les signes fonctionnels au nombre de trois :

La douleur sus-pubienne ;

La constipation ;

Souvent des vomissements.

A ce moment, l'examen physique du malade montre peu de choses. Cependant, dans le cas du Docteur Boidin nous avons pu constater :

Hyperesthésie cutanée ;

Douleur profonde sus-pubienne à la palpation ;

Contracture des grands droits.

Il est remarquable et important de signaler qu'on ne constate absolument aucun signe vésical. Les deux observations montrent bien cette absence totale de troubles de l'appareil urinaire.

Cette phase dure un temps variable, mais qui est en général assez long, de huit jours à trois semaines.

Puis on entre dans la période d'état.

Phase d'état.

En quelques jours, le tableau clinique se modifie considérablement : les signes généraux s'amendent rapidement et la malade se transforme. La température

descend, le pouls se ralentit, l'état général s'améliore et contraste nettement avec ce qu'il était à la phase de début. Seule la constipation peut persister.

Par contre, on assiste à un renforcement des signes locaux ; l'affection se localise et prend sa symptomatologie.

On voit en effet apparaître une tuméfaction à limites assez nettes et de volume variable (tête d'enfant dans l'observation de M. Kummer). Cette tumeur s'étend progressivement en hauteur et sur les côtés. Partant de la région rétro-symphysaire elle monte vers l'ombilic suivant la lame ombilico-prévésicale ; de la ligne médiane elle gagne les parties latérales de l'abdomen, symétriquement, vers les ailes iliaques. Dans les cas où elle est importante, elle peut atteindre l'ombilic en hauteur et les épines iliaques antéro-supérieures latéralement.

Il est possible de localiser anatomiquement cet abcès. En faisant, par une manœuvre quelconque, contracter les muscles grands droits (faire asseoir le malade alors qu'il est couché et le maintenir en position intermédiaire), on peut constater que la tumeur est indépendante de ces muscles et située en arrière d'eux.

L'absence de signes urinaires, le catéthérisme de l'urètre avec évacuation de la vessie éliminent tout doute d'affection vésicale.

Le toucher vaginal ou rectal permet d'éliminer l'origine utérine ou annexielle de la tumeur. Il permet en outre de constater son siège pré-utérin.

Si l'intervention ne vient pas arrêter l'évolution, on peut observer des signes plus tardifs qui traduisent la tendance du pus à se faire jour au dehors. En un point variable, sur la ligne médiane, généralement au centre de la tuméfaction se produit un ramollissement et l'examen révèle des signes de collection purulente : rénitence, fluctuation, sensation de choc en retour. Puis à ce niveau, la peau rougit, s'infiltre et finirait par s'ulcérer fatalement et permettre l'évacuation du pus. De plus on peut observer autour de la rougeur un œdème marqué de la paroi.

L'intervention qui consiste en incision et drainage permet l'issue d'une quantité variable de pus (une cuillerée à un litre). Ce pus est bien lié, couleur café au lait et révèle à l'examen bactériologique la présence d'un nombre considérable de diplocoques encapsulés, en forme de fer de lance, prenant le gram ; tous ces caractères permettent d'identifier le pneumocoque.

Diagnostic différentiel.

Avec quoi peut-on confondre un abcès prévésical à pneumocoque ? Ce diagnostic est très délicat et

présente de grandes difficultés. Il faudra éliminer :
— Une simple réaction péritonéale au cours d'une pneumonie. MM. Flandin, Debray et Françon l'ont en effet décrit dans un article intitulé : « Syndrome péritonéal et dilatation intestinale dans la pneumococcie aiguë ».

Le début, pendant le cours même de la pneumococcie, la brutalité et la gravité des signes, leur rapide rétrocession permettent facilement le diagnostic.

— Tous les syndromes abdominaux et particulièrement :

appendicite ou
salpingite.

Les signes particuliers à ces affections les caractérisent assez bien et leur diagnostic est en général facile.

— Un abcès prévésical d'une autre origine :

traumatique,
consécutif à une infection de voisinage (appendicite salpingite ou affection des voies urinaires),
consécutif à une infection générale : fièvre typhoïde, oreillons, infection puerpérale.

Dans ce cas, ce sont les antécédents qui permettront de faire aisément la différenciation.

— Mais le diagnostic le plus important et le plus intéressant est incontestablement celui de la péritonite à pneumocoque. Il est évident que la péritonite suraiguë foudroyante et la péritonite aiguë généralisée ne pourront prêter à confusion.

— C'est la péritonite subaiguë enkystée qui constituera le point difficile de la question. En effet, sa symptomatologie ressemble étrangement à celle des abcès prévésicaux pneumococciques :

« La douleur très vive au début s'atténue ; généralisée le premier jour, elle n'est plus que dans l'étage inférieur de l'abdomen et puis sous ombilicale ou iliaque droite ou iliaque gauche les jours suivants. Les vomissements si fréquents le premier jour, décroissent de jour en jour, mais assez tenaces ». (Mondor).

En plus se manifestent des signes d'épanchement localisé :

Résistance pâteuse entre le pubis et l'ombilic ;

Submatité ou matité, rénitence, fluctuation ;

Oedème de la paroi, rougeur de la peau.

Tous ces signes évoluent approximativement en vingt-cinq jours.

Quels sont les signes qui permettront de faire le diagnostic différentiel ?

D'abord il sera possible d'éliminer d'emblée une péritonite primitive et la discussion ne pourra avoir lieu qu'en cas de péritonite secondaire. Le diagnostic sera de ce fait encore plus délicat car, comme le dit Mondor : « Les péritonites secondaires ne présentent d'autre particularité, au point de vue symptomatique que leur tendance à une physionomie beaucoup plus estompée. »

La douleur qui est au début généralisée dans la péritonite est aussitôt localisée dans les abcès prévésicaux.

Dans la péritonite il y a diarrhée ; au cas contraire il y a constipation.

La fièvre est, dans les péritonites très élevée, plus en général que dans les abcès de Retzius.

L'hyperesthésie et la contracture, pas très marquées dans les deux cas, sont généralisées dans le premier, localisées dans les abcès prévésicaux.

Les péritonites présentent en plus parfois des signes propres qu'on ne retrouve pas dans l'autre cas ; ce sont :

l'herpes péri-buccal,

la vulvite avec écoulement.

Plus tard, lorsqu'on pourra constater des signes d'épanchement localisé, les seuls signes qui permettront de différencier les deux affections sont :

la diarrhée qui persiste dans la péritonite et s'oppose à la constipation assez opiniâtre des abcès de Retzius.

Dans ceux-ci, l'état général qui était au début très mauvais (faciès péritonéal) s'améliore. Dans les péritonites également, cet état général mauvais au début s'améliore mais redevient rapidement mauvais (amaigrissement, faciès infecté).

Traitement

Si nous avons insisté sur le diagnostic avec les péritonites à pneumocoque c'est que ce diagnostic peut présenter un intérêt au point de vue du traitement.

En effet, quel est le traitement des abcès prévésicaux ? Sans aucun doute c'est l'intervention (incision et drainage) dès que le diagnostic sera établi.

Quel est maintenant le traitement des péritonites à pneumocoque ? C'est là une question épineuse et très discutée. Si tous les chirurgiens sont d'accord pour opérer les péritonites enkystées lorsque le pus est bien collecté, il n'en est pas du tout de même à la période de début. MM. Loutsch et Mérigot disent en effet : « Voilà donc une série de dix cas de péritonites à pneumocoque qui toutes ont été opérées et dont la mortalité s'élève à 40 %. Pourquoi opérer ? En effet, l'avis d'une majorité de chirurgiens et de la plupart des médecins est qu'il ne faut pas opérer les péritonites à pneumocoque au début, à la phase de péritonite diffuse

Quand on compare les statistiques de ceux qui opèrent et de ceux qui n'opèrent pas on peut constater que

dans l'ensemble la mortalité est la même, entre 30 et 50%.

Par contre, d'autres auteurs, par crainte d'erreurs de diagnostic parfois fort préjudiciables au malade soutiennent l'intervention d'urgence. C'est l'avis de Nové Josserand et Bréchet : « L'un de nous a opéré deux appendicites gangréneuses qui avaient été considérées par les médecins les plus compétents comme des péritonites à pneumocoque et l'intervention retardée n'a pu sauver ces deux malades ».

Nous ne nous permettrons pas de juger cette question et nous concluerons simplement :

Pour les interventionnistes la question a peu d'intérêt puisque de toute façon ils interviendront et le diagnostic sera vérifié à l'opération.

Pour les non interventionnistes, le diagnostic prend alors une importance considérable puisque dans les deux cas le traitement sera complètement différent, tout au moins au début.

Ces faits donc, viendraient plutôt appuyer l'opinion de Nové Josserand et Bréchet et nous pouvons tout au moins dire que dans les cas où le diagnostic sera hésitant, il ne faudra pas s'éterniser dans l'expectative. Il faudra au contraire, intervenir dès qu'apparaîtront des signes de localisation.

Observations

En dehors de l'observation recueillie dans le service du Docteur Boidin, je n'ai trouvé dans toute la littérature qu'une seule relation d'un cas d'abcès à pneumocoque de la loge prévésicale de Retzius ; c'est le cas rapporté par M. H. Kummer dans la *Revue médicale de la Suisse romande*

Observation I.

(Recueillie dans le service du Docteur Boidin).

Abcès à pneumocoques de la cavité de Retzius secondaire à une angine. Opération. Guérison.

M^{lle} A., âgée de 19 ans, jusque-là en parfaite santé est atteinte le 3 septembre d'une angine violente à début brusque : frissons, malaise général, température à 39°5 et 40°. A l'examen, les amygdales sont recouvertes d'un enduit pultacé sur une base rouge congestionnée. L'examen bactériologique précise qu'il ne s'agit pas de diphtérie, mais d'une angine banale à flore microbienne polymorphe. Cette angine est par-

ticulièrément intense et s'accompagne pendant huit jours de fièvre élevée oscillant autour de 39°-40°.

Une semaine après le début de la maladie, de nouveaux symptômes apparaissent : douleur abdominale qui, dès le début, est nettement localisée à la région sus-pubienne. Elle s'accroît et s'accompagne de vomissements abondants et répétés, d'une constipation opiniâtre ne cédant qu'à des lavements répétés. La maladie ne présente aucun trouble vésical. Les mictions sont normales, sans gêne, ni fréquence et ne sont pas douloureuses. Les signes généraux ne se modifient pas ; la température reste élevée, le pouls rapide, mais l'état général est très atteint. La malade, fatiguée maigrit beaucoup cependant que le faciès prend nettement l'aspect péritonéal : teint plombé, traits tirés.

L'examen à ce moment donne l'impression que la malade est atteinte de suppuration profonde. Mais l'exploration locale ne révèle aucun foyer. On constate seulement :

de l'hyperesthésie cutanée dans la région sus-pubienne,

une douleur profonde en cette région et de la contracture des grands droits.

On juge qu'une intervention est nécessaire et la malade est transportée dans le service de chirurgie le 27 septembre, vingt-cinq jours après le début des accidents angineux. On hésitait entre la possibilité

d'une péritonite enkystée à pneumocoques ou d'un abcès d'origine appendiculaire, ce dernier diagnostic étant écarté du fait de l'histoire clinique antérieure.

Notons qu'un toucher vaginal pratiqué antérieurement n'avait décelé aucune manifestation utérine ou annexielle. Dès le lendemain le tableau clinique se modifie. Les signes généraux s'amendent. La température descend progressivement cependant que les signes locaux abdominaux apparaissent. On sent nettement dans la région sus-pubienne, au niveau de la ligne médiane, un empâtement profond, très dur, bien limité, douloureux. Cet empâtement s'étend progressivement en hauteur et latéralement. Il présente une limite supérieure très nette, une concavité inférieure. Le toucher vaginal permet de confirmer l'existence de cette collection antérieure, pré-utérine.

Rattachant ces accidents à l'angine préalable on pense à la possibilité d'une suppuration localisée à la cavité de Retzius.

L'opération pratiquée alors confirme l'existence d'une collection sous-péritonéale de la cavité de Retzius. Le pus bien lié, peu abondant, montre à l'examen bactériologique l'existence de pneumocoques.

Les suites opératoires sont des plus simples et la malade quitte l'hôpital guérie.

Observation II

Rapportée par R. H. Kummer de Genève dans la Revue médicale de la Suisse romande, n° 6 juin 1920.

Il s'agit d'une demoiselle de 18 ans, qui fait une grippe en juillet 1918, puis une pneumonie en octobre de la même année. Au cours de cette pneumonie, elle fait une première complication, en l'espèce, une otite moyenne suppurée.

Environ quatre semaines après le début de la pneumonie, on remarque dans la région sus-pubienne, une tuméfaction dure qui augmente rapidement, pour atteindre le volume d'une petite tête d'enfant, avec température entre 38° et 38°4. Le 14 cette tumeur devient fluctuante. On envoie la malade dans le service de chirurgie. A ce moment, l'état général est bon. Plus rien aux poumons ; elle n'a ni œdème, ni cyanose, ni dyspnée. Elle ne tousse, ni crache. La sonorité des deux poumons est normale. Les vibrations sont égales des deux côtés. Il y a quelques râles sous crépitants à la base. L'examen des différents systèmes ne révèle rien de particulier sauf un peu de constipation. Mictions normales, urines claires, sans albumine ni pus.

Dans la partie sous ombilicale de l'abdomen tuméfaction de la grosseur d'une tête d'enfant ; sa limite supérieure est nette et arrive près de l'ombilic, sa limite inférieure se perd sous la symphyse, ses limites laté-

rales sont diffuses et s'étendent jusque vers les épines iliaques antéro-supérieures. Le centre de cette tuméfaction est fluctuant, tandis que les parties latérales sont dures ; elles deviennent fluctuantes quelques heures plus tard, au moment de l'opération. Les muscles grands droits passent devant cet abcès ; si on fait contracter les muscles de la paroi abdominale, la tension de la tuméfaction augmente. La peau est fortement infiltrée et rouge au niveau de l'espace inter-musculaire ; cette rougeur a la grandeur d'une petite paume de main. La face antérieure du pubis est normale, facile à palper, indolore. La branche horizontale du pubis est masquée par l'œdème de la paroi, le doigt ne peut pas pénétrer derrière le pubis. Après avoir vidé la vessie, la tuméfaction reste identique comme dimensions et comme tension.

Il n'est pas possible de pratiquer de toucher vaginal, on fait le toucher rectal, ce qui permet de constater que le Douglas est souple, sans modification ; le col de la matrice est dirigé en arrière et les culs de sac latéraux sont souples.

Derrière la symphyse on sent une tuméfaction médiane qui est en rapport avec celle qu'on palpe sous la paroi abdominale ; ses limites sont diffuses et s'étendent des deux côtés jusqu'à la ligne innommée ; elle est située en avant des organes génitaux dont elle paraît indépendante.

La radiographie montre un léger flou derrière la symphyse, mais l'os ne présente pas de modification. On retire par ponction 25 cc. de pus bien lié, couleur café au lait. L'examen microscopique décele des globules de pus et des diplocoques encapsulés qui prennent le Gram.

Il s'agit donc d'un abcès à pneumocoques de la cavité de Retzius. On incise l'abcès sur la ligne blanche un peu au-dessus de la symphyse, on tombe dans la cavité de Retzius d'où s'écoule plus d'un litre de pus. Les suites opératoires sont simples. La température tombe rapidement, la plaie est traitée à l'eau oxygénée, la sécrétion tarit rapidement. Le 25, le toucher rectal permet de constater que la tuméfaction rétro-symphysaire a disparu. Le 5 décembre, la plaie opératoire est presque cicatrisée et le 16 décembre, la malade rentre guérie chez elle.

Conclusions

Nous espérons avoir apporté un argument sérieux à la théorie suivant laquelle le sang peut être une voie d'apport de l'infection de la loge prévésicale.

Les voies lymphatiques et par continuité ont été en effet pendant longtemps les seules admises. La voie sanguine en revanche ne commence à s'affirmer que depuis peu de temps.

Nous avons vu les cas publiés jusqu'à maintenant :

Plusieurs observations dans la septicémie puerpérale.

Une observation d'abcès ourlien.

D'assez nombreux cas dans la fièvre typhoïde. Un seul cas avait été publié d'abcès métastatique à pneumocoques ; nous en avons apporté un autre cas et cela ouvre un nouveau chapitre dans la question.

Nous espérons également avoir démontré l'intérêt qu'il y a à connaître ces abcès qui, s'ils sont peu fréquents, peuvent cependant prêter à des erreurs de diagnostic.

Nous rappellerons la similitude des symptômes

avec ceux de la péritonite pneumococcique subaiguë enkystée secondaire :

Le même début avec douleur abdominale, hyperesthésie cutanée et contracture, mauvais état général, faciès péritonéal, température élevée et pouls accéléré, vomissements.

La même rémission des symptômes. Rapidement, ces signes généraux s'amendent et la malade se transforme.

La même période d'état avec, dominant le tableau clinique, les signes d'épanchement purulent localisé de l'étage inférieur de l'abdomen.

Or le traitement des péritonites pneumococciques étant très discuté, il est intéressant de pouvoir différencier ces deux affections.

Le diagnostic sera d'ailleurs souvent très difficile car, comme l'a bien fait remarquer Mondor, les péritonites secondaires présentent une tendance très marquée à avoir une physionomie très estompée.

Ces faits démontrent que dans les cas où le diagnostic pourra prêter à confusion, il ne faudra pas trop tarder, mais au contraire, dès qu'apparaîtront des signes de localisation, penser à la possibilité d'un abcès de la loge de Retzius et intervenir.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
L. TANON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie

Arnould. — « Phlegmons sous péritonéaux. Périphlite et Péricystite », *Bulletin médical du Nord*, 1877.

Aversenq. — *Rapport au Congrès d'urologie*, 1913.

Bernutz. — *Archives générales de Médecine*, 1850.

Bouilly. — *Les tumeurs et chroniques aiguës de la cavité prépéritonéale*, thèse d'agrégation, 1880.

Castanedo y Campos. — *Du phlegmon de la cavité de Retzius*, Thèse, Paris, 1878.

Cotte Gaston. — « Abscess de la cavité de Retzius », *Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1905.

Delbet Paul. — *Anatomie chirurgicale de la vessie*, thèse, Paris, 1895.

— « Phlegmons de la loge de Retzius », *Encyclopédie française d'urologie*, t. IV.

Delbet Pierre. — *Suppurations pelviennes*, thèse, Paris, 1891.

Englisch. — *Wien Klin*, 1889 à 1908.

Flandin, Debray et Francois. « Syndrome péritonéal et dilatation intestinale dans la pneumonie aiguë », *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1919, p. 943.

Gérardin. — *La cavité prépéritonéale de Retzius*, thèse, Paris, 1879.

Géraudie. — *Contribution à l'étude pathogénique des phlegmons de la cavité de Retzius*, thèse, Montpellier, 1903.

Guisy. — *Congrès d'urologie*, 1913.

Heurtaux. — *Congrès d'urologie*, p. 99.

Imbert Léon. — « Note sur la pathogénie des phlegmons de la cavité de Retzius », *Communication au Congrès d'urologie*, 1902, p. 555.

Kummer. — « Absès pneumococcique de la cavité de Retzius », *Revue médicale de la Suisse Romande*, juin 1920.

Labuze. — Thèse, Paris, 1871.

Lepelletier. — *Journal de Médecine*, 1875.

Loutsch et Merigot. — « Faut-il opérer les péritonites à pneumocoques ? *La Presse Médicale*, 30 avril 1934.

Marty Paul. — *A propos de quelques cas de phlegmons de la cavité de Retzius*, thèse, Paris, 1910.

Mondor. — *Diagnostics urgents. Abdomen*.

Nicolich. — *Congrès d'urologie*, 1923.

Nové, Josserand et Bréchet. — *Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1931.

Ombredanne. — *Les lames vasculaires du petite bassin*, thèse, Paris.

Pinner. — *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1886, p. 463.

Reygasse. — « A propos de l'origine infectieuse lymphatique des phlegmons de la cavité de Retzius », *Languedoc médico-chirurgical*, Toulouse, 1905, p. 19.

Tillaux. — *Gazette des Hôpitaux*, 1880.

Tuffier. — *La semaine médicale*, 1894.

Watson. — *Congrès d'urologie*, 1913.

Wenzel Gruber. — *Congrès d'urologie*, 1913, p. 110.

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE

